

L'assunzione di una posizione etica implica competenza tecnica e capacità di comprensione empatica del terapeuta verso i propri pazienti. Il lavoro con le famiglie ed all'interno del contesto istituzionale rende ancora più complessa la realizzazione di tale condizione. Sono presentati alcuni casi clinici esemplificativi.

SUMMARY

To have an ethical position needs technique competence and empathetics comprehension for the patient. Working with the families in a Public Institution makes more difficult the realisation of this state. The Author presents few cases.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bertetti B., Chistolini M., Rangone G., Vadiolonga F. (2003), *L'adolescenza ferita*, FrancoAngeli, Milano.
- 2) Bianconi A., Ferrero A. (2004), L'apprendimento di una corretta metodologia clinica come etica nella formazione in psicoterapia, *Quaderni dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte*, 2.
- 3) Brizzi E. (2000), *Jack Frusciante è uscito dal gruppo*, Baldini e Castoldi, Milano.
- 4) Corino U., Caponetto I. (2005), A "nuovi pazienti" "nuovi analisti"? *Quaderni ASP*, 11.
- 5) Doherty W.J. (1995), *Scrutare nell'anima* (trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1997).
- 6) Felitti V.J. e coll. (2001), *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults*, in *The costs of child maltreatment: who pays? We all do*, Family Violence and Sexual Assault Institute, San Diego, CA.
- 7) Glaser D. (2002), Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework, *Child Abuse and Neglect*, 26.
- 8) Manganelli G. (2002), *Pimocchio. un libro parallelo*, Adelphi, Milano.
- 9) Spinsanti S. (2004), Oltre la tolleranza: psicoterapia e pluralismo etico, *Quaderni dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte*, 2.
- 10) Stern D. (1995), *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- 11) Viaro M. (2006), Terapia familiare, bambini e battesimi. Dialogo con Maurizio Andolfi, Opinioni a confronto, *Terapia Familiare*, 81.

La vittimizzazione secondaria: alcune forme di violenza istituzionale nei confronti delle famiglie maltrattanti

Stefano Cirillo

In un convegno sull'abuso sessuale a Metz, organizzato più di un anno fa dall'Institut d'Etudes systémiqes, al quale partecipavo in veste di relatore, un collega lussemburghese, Gilbert Prego, ha citato un concetto, la *discontinuità delle cure come maltrattamento istituzionale*, contenuto in un articolo di Odette Masson che non conosco e che tornato a Milano sono andato subito a ricercare. Grazie a Giuliana Prata che ci ha messo in contatto con lei, Madame Masson è stata la formatrice, nei primi anni '80, della nostra nascente équipe del CbM, allora diretta da Alessandro Vassalli¹. Ricordo ancora l'impressione che ci fece visitare la sua Unità di trattamento a Losanna, che era caratterizzata oltre che da un'indiscussa perizia clinica, da una formidabile attenzione al contesto istituzionale e alla rete degli operatori, attenzione del tutto innovativa per quegli anni. Molti suoi insegnamenti non li ho più di-

STEFANO CIRILLO: Corresponsabile della Scuola di terapia familiare Mara Selvini Palazzoli, è stato uno dei fondatori del Centro per il Bambino Maltrattato di Milano.

¹ Il Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare (CbM), fondato da una cooperativa di psicologi, assistenti sociali, neuropsichiatri infantili ed educatori nel 1984, offre al Comune di Milano l'accoglimento in comunità di bambini allontanati dai genitori attraverso un decreto del Tribunale per i minorenni in situazioni di maltrattamento fisico e psicologico, abuso sessuale, grave trascuratezza. In parallelo, è convenzionato con l'ASL cittadina per assicurare i necessari interventi diagnostici e terapeutici tanto sul minore che sulla sua famiglia, in vista di una decisione successiva in merito al possibile rientro oppure ad una soluzione alternativa che sostituisca dei genitori non recuperabili.

Terapia familiare, n. 83, 2007

menticati: in particolare ricordo che a me, neofita zelante del modello di terapia familiare limitato a un massimo di dieci sedute, fece grande impressione la semplicità con cui liquidò questo dogmatismo, spiegandoci che le famiglie di cui andavamo ad occuparci, di regola multiproblematiche, ci avrebbero richiesto un impegno e un coinvolgimento per lunghi periodi, ben al di là delle canoniche dieci sedute: e non avrebbe potuto avere più ragione.

L'articolo, risalente a dieci anni fa, mi è sembrato attuale e stimolante, e sono contento che Maurizio Andolfi abbia accolto la mia proposta di inserirlo in questo numero sull'etica, che era in quel periodo in preparazione. Non ritengo abbia bisogno di commenti: intendo invece utilizzare lo scenario che la Masson descrive con estrema chiarezza, a proposito delle prassi di intervento nella tutela all'infanzia della Svizzera di dieci anni fa, per analizzare se nell'attuale panorama italiano si riscontrino o meno gli stessi atteggiamenti nocivi da lei denunciati.

Per farlo, ho pensato di riferirmi alle qualità del terapeuta che Doherty descrive nel suo bel libro sull'etica (1997), ultimo testo che la Selvini propose all'editore Cortina di tradurre perché l'aveva tanto colpita, e che io fedelmente consiglio a tutti gli allievi e i colleghi. Doherty dedica tre capitoli ad altrettante virtù che un terapeuta deve possedere: se conosciamo qualcuno che le possiede in misura rilevante, lo apprezziamo e lo consigliamo alle persone a cui teniamo quando hanno bisogno di una terapia, indipendentemente dal suo approccio teorico. Le tre virtù sono la prudenza, il coraggio, la partecipazione.

La prudenza

Il primo insegnamento della Masson è stato: non cominciate a lavorare se prima il bambino non è stato posto in condizioni di sicurezza, altrimenti la preoccupazione per i rischi che corre renderà il vostro lavoro esitante, e dunque inefficace, se non addirittura dannoso. Coerentemente con tale insegnamento, in questo articolo l'autrice ci descrive le resistenze degli operatori nei confronti della segnalazione alla Magistratura, che lasciano colpevolmente il bambino in situazioni che mettono gravemente a rischio la sua incolumità, la sua salute, il suo sviluppo. Mi pare di poter dire che fortunatamente da noi oggi il pregiudizio contro la segnalazione è largamente superato, perché gli operatori sono

stati ripetutamente sensibilizzati all'utilità dell'alleanza con il Tribunale per i minorenni nella presa in carico di genitori non consapevoli né richiedenti, nonché all'obbligo di segnalare situazioni che configurano un reato.

Talvolta però a tale obbligo si adempie in modo esclusivamente formale, quasi che l'istituzione volesse mettersi al riparo da una contestazione sul proprio operato più che tutelare effettivamente il minore, come nell'esempio che segue.

Tommaso, nove anni, affetto da un'insufficienza mentale di medio grado, chiede a bassa voce all'educatrice che lo segue nel tempo libero: "Posso raccontarti una cosa schifosa? L'altro giorno sono andato a casa di un signore a cercare il mio amichetto, Fernando. Lui non c'era, ma quell'uomo mi ha detto al citofono di salire. Era seduto sul divano, si è abbassato i pantaloni, e abbiamo fatto l'amore". "Ma chi?", domanda l'educatrice interdetta. "Io e lui! Te lo avevo detto che era una cosa schifosa! Io piangevo, dopo lui mi ha dato una cosa gialla da mangiare, e mi sono addormentato. E quando mi sono svegliato sono andato a casa". L'educatrice, "per non turbare il bambino", cambia discorso, e riferisce la cosa al servizio di neuropsichiatria infantile, che ha in carico il piccolo. Questi, dopo averle chiesto di mettere per iscritto l'accaduto, invia la relazione al servizio sociale, che a sua volta lo trasmette alla Procura ordinaria e alla Procura presso il Tribunale per i minorenni. Da allora sono passati undici mesi. L'educatrice ha cambiato lavoro. La polizia ha individuato il sospetto abusante e le indagini sono in corso. Il Tribunale per i minorenni ha chiesto al servizio sociale di effettuare un'osservazione sulla situazione della famiglia di Tommaso, un nucleo in serie difficoltà. Nessuno ha mai ripreso con il bambino la rivelazione che ha fatto, né ha comunicato ai genitori il rischio che corre il figlio quando se ne va in giro da solo per il paese. Nessuno ha parlato con Fernando, l'amichetto di Tommaso, altrettanto a rischio di abuso, né con i suoi genitori. Il nuovo educatore di Tommaso ha riferito che ferì il bambino gli ha toccato il cavallo dei pantaloni e gli ha proposto: "Facciamo sesso?". Nulla di ciò che era necessario è stato fatto, ma ciascuno ha fatto "il proprio dovere".

Un ambito in cui persistono radicate diffidenze nei confronti della Magistratura minorile è il servizio psichiatrico, che spesso resta ostinatamente convinto che segnalare il disagio dei figli dei suoi pazienti sia in contrasto con il proprio ruolo terapeutico. Viceversa i servizi per le tossicodipendenze, di più recente costituzione, e nei quali sono andati spesso a lavorare operatori provenienti dai servizi per i minori, in larga

misura sono ormai diventati sensibili ai rischi dei bambini dei loro utenti, facilitati dal fatto che si tratta spesso di neonati, e con indicatori inequivocabili di danno, come la nascita in sindrome d'astinenza: ma la psichiatria raramente si fa carico del problema. Ed è un peccato, non solo per l'ovvia considerazione circa il dovere di prevenire la trasmissione della sofferenza psichica, come ci hanno insegnato magistratmente più di quindici anni fa Fava Vizzello e i suoi collaboratori (1991), ma anche perché l'alleanza con il Tribunale per i minorenni e con i servizi sociali potrebbe permettere progetti di presa in carico soddisfacenti per pazienti particolarmente resistenti.

In un lavoro collettivo sulla terapia familiare nei servizi psichiatrici (Cirillo, Selvini, Sorrentino, a cura di, 2002), riferivo dettagliatamente una situazione sorprendente.

Una giovane donna, con diagnosi di schizofrenia e ritardo mentale di medio grado (QI 49), giunge al CbM perché il convivente vuole sbarazzarsene e avere l'affido dei bambini, di 11 e 9 anni, un maschio e una femmina, e si è per questo rivolto al giudice, il quale prima di pronunciarsi richiede un'indagine. La psichiatra, interpellata, comunica che la signora ha sempre rifiutato di proseguire le cure dopo ogni ricovero, di solito in regime di trattamento sanitario obbligatorio, che ha subito da sei anni a questa parte parecchie volte all'anno: ha manifestamente il timore che il compagno possa dar seguito alle minacce di espellerla se può dimostrare che è matta, in quanto seguita dal servizio! Un lungo e complesso lavoro su più livelli darà risultati molto soddisfacenti: l'intervento sulla famiglia nucleare mostra lo schieramento immodificabile dei bambini con il padre contro la madre, che chiamano "handicappata" e "fuori di testa". A nulla valgono i nostri interventi per mostrare loro la sofferenza della madre, che aspira da sempre al matrimonio con chi l'ha presa minorenni e poi "disonorata", e che glielo promette solo a patto che diventi una brava mamma e donna di casa, cosa che lei non riesce ad essere: la gravissima incompetenza materna vincola i bambini al padre, unica figura d'attaccamento di cui hanno potuto godere, ben al di là della nostra ipotesi ottimistica che la loro ostilità fosse il risultato di un'istigazione del papà. Il lavoro con la famiglia d'origine della signora ci mette di fronte al più vistoso paradosso che io abbia mai incontrato: il nonno (separato dalla moglie, depressa e istituzionalizzata per anni) accusa il genero di aver rovinato la figlia, ma le intime di tenerselo, visto che se l'è voluto a tutti i costi, visibilmente terrorizzato che la figlia gli torni, separata, sul groppone. Il lavoro con la coppia non è praticabile, in quanto la signora, amica e mutacca, non riesce in alcun modo a beneficiare del nostro aiuto per fronteggiare le squalifiche di lui. Non resta che un lavoro individuale sull'uomo e la sua ambivalenza: ha scelto la compagnia per

salvarla dalla sua famiglia d'origine, salvo poi schierarsi con i figli contro di lei, che non è in grado né di lasciarlo, priva com'è di altre risorse, né di adeguarsi alle sue richieste. Ma lui non si risolve a separarsi, bisognoso com'è di questo ruolo di salvatore. Lo definiamo malato di indecisione, e lo ingaggiamo, recalcitrante, a cambiare lui radicalmente per non affossare la compagna nella malattia: e man mano che lui si mette in discussione, lei rifiorisce, accettando di recarsi per la prima volta all'ambulatorio psichiatrico a farsi seguire. I bambini vengono affidati agli zii paterni, e la madre, liberata dalla competizione con loro, visto che il convivente finisce per scegliere lei, si riprende stabilmente. Da dieci anni non ha più un ricovero, la diagnosi è stata derubricata a disturbo dell'umore, il QI è risalito a 75, ha perfino conseguito la licenza media. I figli, cresciuti stabilmente dagli zii, hanno smesso di vergognarsi di lei e di aggredirla. E il servizio psichiatrico, al posto di una paziente irrecuperabile e frustrante, si occupa in modo assai più rilassato e soddisfacente di un'utente pienamente collaborante, che ha integrato il limite di non riuscire ad essere contemporaneamente compagna e madre. Resta il rammarico che una segnalazione effettuata prima avrebbe potuto forse risparmiare a tutti gravi sofferenze: anzitutto ai bambini, rispetto ai quali pensiamo che dai tre anni la piccola è stata chiusa in bagno, lasciata sola in casa, picchiata con la punta dell'ombrello, morsicata; che entrambi sono rimasti più volte senza mangiare, hanno perso anni scolastici, e soprattutto hanno assistito impotenti al degrado della relazione tra i loro genitori e all'involuzione della loro mamma. Ma anche gli adulti, per quanto incapaci di chiedere aiuto e addirittura di accettare quello proposto, avrebbero forse potuto comunque riceverlo prima, profitando dell'ingiunzione del Tribunale: tra tutte le sofferenze patite dalla paziente e dal compagno in quei lunghi anni d'inferno, mi limito a citare cinque interruzioni volontarie di gravidanza.

Se dunque resistono sacche di ingiustificata diffidenza verso la segnalazione, è pur vero che ormai assistiamo anche al fenomeno opposto, di operatori che esagerano in prudenza, mettendo in atto misure di protezione sproporzionate al danno effettivo patito dai minori, compromettendo il progetto di presa in carico, che dovrebbe mirare a ripristinare ogni qual volta sia possibile una relazione sufficientemente buona tra il bambino e i suoi genitori. Si veda questa situazione.

Un servizio di tutela, con operatori seri, attivi e formati, viene a conoscersi da una scuola elementare che un alunno di otto anni, figlio di genitori separati, ha scritto in un tema che il nonno materno, con il quale vive, assieme alla madre e al fratellino, lo picchia. L'insegnante asserisce che il piccolo le sembra spaventato. Gli operatori si spaventano a loro volta, e senza molto

riflettere decidono di sentire il padre, che vive a qualche kilometro di distanza e che a sua volta si impensierisce, cosicché il servizio, travolto, decide di ricorrere ad un allontanamento d'urgenza, ai sensi dell'articolo 403 del codice civile, recandosi con i carabinieri a casa del bambino per portarlo in comunità. Ma la madre, esterrefatta, resiste, e chiama il suo avvocato, che si precipita sul posto e contesta a carabinieri e operatori la legittimità del provvedimento. Di fronte ai bambini agitati e spaventati da tutto il trambusto, gli operatori cedono. Il mattino dopo interpellano il giudice che sconfessa il loro operato, rispondo alla segnalazione con un semplice mandato di indagine. Per risalire la china in cui sono caduti e recuperare la fiducia della madre (e del bambino), gli operatori hanno dovuto sudare sette camicie!

Un'altra fase del processo d'intervento in cui talvolta assistiamo ad un'eccesso di prudenza è la regolamentazione delle visite in comunità. Sappiamo che nei casi di abuso sessuale non è sempre sufficiente che i contatti, poniamo, tra una bambina e il padre sospetto abusante, o anche tra lei e la madre scarsamente protettiva, siano sorvegliati da un educatore, perché la forza della relazione di potere dell'abusante sulla vittima è tale da confonderla, soggiogarla, paralizzarla e magari indurla ad una ritrattazione (Malacrea, Lorenzini, 2002). Ma è indebito estendere questa medesima prudenza a casi del tutto diversi, come il seguente.

Arturo ha tre anni quando sua madre se ne va con un altro uomo, lasciandolo al marito, alcolista e violento. Questi, incapace di occuparsi da solo del bambino, lo affida a sua madre e a sua sorella. Arturo cresce molto legato al padre, che idealizza: quando la nonna muore e la zia ha un bambino dal compagno, scappa di casa per ricercare il suo papà, che è ospite di un fratello paziente psichiatrico: è la zia a segnalare la situazione al Tribunale per i minorenni, che decreta il collocamento del ragazzino, ormai dodicenne, in comunità. Il servizio sociale affidatario decide di interrompere per un mese le visite del genitore e della zia, e poi di regolamentarle al ritmo di una ogni quindici giorni per ciascuno. A me sembra che per un ragazzo abbandonato, alla disperata ricerca di qualcuno che lo voglia stabilmente con sé, sarebbe di gran lunga preferibile fissare contatti ravvicinati (diciamo, a giorni alterni) per verificare, noi e soprattutto lui, se qualcuno, e in tal caso chi, desidera stargli vicino e accetti la fatica di un cammino per riprenderselo.

Il coraggio

Il campo della protezione all'infanzia è ovviamente frequentato da personaggi poco raccomandabili, che Freud, il quale voleva occuparsi solo di persone per bene, non avrebbe accettato come pazienti. Se non si vogliono fare brutti incontri, quindi, è meglio tenersi alla larga dalla tutela. Però niente è più controproducente di scegliere di lavorare in questo settore pensando solo di proteggere i bambini maltrattati senza avere il coraggio di prendere in carico i loro genitori, dato che è nel cambiamento di questi ultimi, non mi stancherò mai di ripeterlo, che si situa il principale interesse del bambino. Mi è rimasto stampato in mente l'insegnamento di Tomkiewitz a un congresso sul maltrattamento di tanti anni fa (1989), che diceva: "Se vi chiedono di occuparvi di un genitore maltrattante e voi scommettete che è irrecuperabile, sicuramente vincerete. Ma è vostro dovere scommettere invece che è recuperabile, e qualche volta, solo qualche volta, vincerete".

È necessario dunque il coraggio di raccogliere questa sfida. Non si tratta solo di tenere a bada la paura: quella c'è, e bisogna farci i conti. Me lo ha insegnato anni fa un genitore particolarmente minaccioso che ho a lungo seguito al CbM (in un percorso terapeutico che ho dettagliatamente raccontato nel mio ultimo libro, *Cattivi genitori*, 2005). In una seduta in cui era più scompensato del solito, dopo l'abbandono della moglie che lo aveva precipitato nella disperazione, carico di rabbia verso tutti noi operatori che secondo lui avevamo spinto la moglie a lasciarlo, cercava, con buon successo, di terrorizzarmi, alludendo a un coltello che teneva nascosto sotto il giubbotto, per poi concludere freddamente: "È colpa sua se si trova in questi problemi, se faceva l'ortolano mica gli capitava". Troppo giusto. È ovvio che i genitori maltrattanti, abusanti, gravemente trascuranti spesso sono affetti da disturbi di personalità (o almeno da tratti ben delineati di detti disturbi) appartenenti al *cluster* drammatico (borderline, antisociali, narcisisti). Si tratta di pazienti che solo raramente si presentano ai servizi psichiatrici in modo spontaneo e spesso ne vengono allontanati, finendo con l'impazzire nei servizi sociali che si occupano della protezione dei loro sfortunati bambini, a volte aggredendo, o perseguitando, comunque stressando fortemente degli assistenti sociali isolati e con minori strumenti di uno psichiatra. Ma le reazioni controtransferali che tali pazienti inducono, paura inclusa, non sono tipiche della tutela, bensì dell'in-

contro con questa classe di psicopatologie: non aggrediscono, intendo dire, perché gli abbiamo allontanato i figli, ma scaricano la loro rabbia su di noi per questo anziché per un altro motivo. Un mio paziente privato, che nulla aveva a che fare con il CbM, mi aggredì brandendo una sedia perché rifiutavo di convocare in seduta il suo amante, che lo aveva lasciato dopo ripetute persecuzioni. Un altro venne a cercarmi a casa perché riteneva che gli appuntamenti che gli davo fossero troppo distanziati.

A volte gli operatori della tutela ricorrono a degli accorgimenti, dettati dalla paura, che si rivelano gravemente controproducenti. Solitamente si tratta della decisione di evitare il confronto a viso aperto con il genitore violento, operando alle sue spalle, magari in una coalizione segreta con il coniuge, nella speranza di non incorrere nei suoi attacchi. Ma il confronto è solo rimandato: e l'utente sarà ancor più furioso — e pericoloso — perché si sentirà, giustamente, raggirato. Cerco sempre di spiegare ai colleghi più giovani che alcune operazioni difensive compiute dietro le spalle del "mostro" contribuiscono per l'appunto al processo di costruzione del "mostro" stesso: e non possiamo poi lamentarci se questo si scatena contro di noi. Vediamo un esempio.

Ad un servizio di tutela si presenta un'anziana signora. È la nonna paterna di una ragazzina tredicenne che ha recentemente tentato il suicidio (ma al pronto soccorso ha detto di essere caduta dalla finestra), stremata dalla irragionevole severità del padre, il figlio della nostra signora, che è colterico e violento. Gli operatori convocano la madre della ragazza, che conferma le affermazioni della suocera, dichiarandosi decisa a separarsi dal marito, ma incapace di farlo per timore delle sue reazioni. A questo punto gli operatori procedono al collocamento della donna con le due figlie (c'è una bambina più piccola) in una comunità protetta, e alla simultanea segnalazione al Tribunale. Purtroppo però nei giorni successivi vivono asserragliati nel servizio, chiamando continuamente la polizia per allontanare il padre, fuori di sé dalla rabbia, che vuole sapere dove gli hanno nascosto le sue donne. Un successivo lavoro con il nucleo, reso possibile con grande fatica, riconoscendo l'errore iniziale, porta alla luce una dinamica molto più complessa di quella ipotizzata, in cui l'impotenza sottilmente istigatoria della madre aizzava la primogenita a contrapporsi al padre, in un ruolo adultizzato gravemente nocivo per il suo sviluppo: ovviamente la ricostruzione dell'intraccio familiare non giustificava la ritorsione violenta del padre contro la figlia che gli teneva testa.

Un altro accorgimento assai frequente, a cui si ricorre a mio avviso senza valutarne appieno le conseguenze funeste, è la sostituzione

dell'operatore che è stato aggredito o minacciato da un utente. È ovvio che è difficilissimo mantenere il sangue freddo in tali frangenti e che gli operatori non sono degli eroi o dei santi, pronti al martirio (per di più spesso per un misero stipendio): però non va sottovalutato che un utente che riesce a liberarsi di un operatore sgradito tenderà a replicare il proprio comportamento con il successivo non appena questi lo scontrerà (se non si lascia totalmente sopraffare). Meglio, se possibile, che l'équipe o il caposervizio convochi l'utente mostrandogli l'inaccettabilità delle sue azioni violente, cercando di collegare il suo agito con il comportamento che tiene abitualmente con i propri familiari, che lo ha portato per l'appunto all'attenzione del Tribunale. Spaventare l'operatore che lavora con lui lo priva dell'opportunità di apprendere ad utilizzare altri comportamenti, che sono quelli che soli gli permetterebbero di ricongiungersi alla sua famiglia. Se un intervento di questo tipo produce qualche atteggiamento autocritico nell'utente, e una pur stentata richiesta di scuse, l'operatore potrà proseguire il suo mandato. Altrimenti meglio procedere, dopo averlo chiaramente spiegato all'utente, a una dichiarazione al giudice di intrattabilità e dunque irrecuperabilità, anziché umiliare l'operatore con una sostituzione e imporre al collega un compito impossibile.

Ma, come dicevo più sopra, il coraggio non va inteso esclusivamente come lo sforzo di tenere a freno le nostre paure, attraverso una lucida e sincera condivisione con i colleghi d'équipe (mai si potrà lavorare efficacemente da soli nella tutela), in modo da evitare scelte errate. Si tratta anche di saper valutare bene i rischi che si possono correre — e addirittura far correre al minore — e qualche volta decidere di affrontarli anziché arrestarsi sempre su prassi rassicuranti ma sterili. Ho già detto sopra dell'eccesso di protezione, per esempio relativamente alle visite in comunità. Qui mi voglio riferire in particolare alla diffusa impostazione di lavorare separatamente con i genitori inadeguati da un lato e con il bambino dall'altro, per di più da parte di operatori diversi: questa scelta viene solitamente motivata con la necessità di proteggere il bambino da pressioni, ricatti e accuse dei genitori, che costituirebbero una nuova vittimizzazione. Non c'è dubbio che tale esigenza vada ogni volta tenuta presente e discussa, ma non sempre si giungerà alla conclusione che è prioritaria. Al contrario, momenti di lavoro congiunto con genitori e bambini assieme sono pressoché regolarmente raccomandabili, non solo perché è esclusivamente in questo modo che possiamo

tenderci conto del funzionamento della famiglia, come ben sa ogni terapeuta familiare, ma anche perché alcuni passi di importanza cruciale, come il riconoscimento del comportamento maltrattante, vengono più facilmente compiuti in presenza della vittima – e quindi per amor suo – che in sua assenza. Ciò non significa che si debba lavorare solo con il formato congiunto: nel mio libro che ho più sopra citato (2005) mi sono soffermato sull'opportunità di formati flessibili, anche individuali, argomento che esula dal tema di questo scritto. Voglio solo ribadire il concetto, trattato nell'articolo di Piperno e coll. in questo stesso numero, che a volte bisogna avere il coraggio, in condizioni controllate, di riunire il maltrattante e la vittima per tentare di far scattare un cambiamento che in incontri separati non riesce a prodursi. È indubbio che si corre il rischio che il bambino si scontri con una nuova menzogna, un nuovo rifiuto, un nuovo attacco: e dovrà, e noi con lui, prenderne dolorosamente atto. Ma se invece ottiene il riconoscimento della verità, se la facciata di negazioni crolla, non solo la vittima ha la gioia di vedere la giustizia trionfare, ma soprattutto – ed è ciò che è più importante – l'esperienza gli permette di restaurare almeno in parte un'immagine genitoriale gravemente lesa.

La partecipazione

Per quanto riguarda il binomio prudenza/coraggio, dunque, il panorama dei servizi italiani in merito alla protezione all'infanzia presenta certamente delle ombre, ma non è così oscuro come quello descritto nell'articolo della Masson in merito al rifiuto di assumersi la responsabilità di segnalare e di intervenire. Ben altra è invece purtroppo la nostra situazione rispetto alla terza virtù etica raccomandata da Doherty ai terapeuti, vale a dire la partecipazione. Doherty la definisce come "la capacità e la predisposizione a farsi carico di coloro che ci affidano la propria sofferenza" (p. 109). E aggiunge: "La partecipazione naturale si verifica più facilmente quando il paziente è in qualche modo affine al terapeuta, mostra direttamente la sofferenza, richiede aiuto, e mostra di apprezzare quando il terapeuta glielo offre" (p. 115). Più avanti: "La partecipazione etica sopravviene quando non siano disponibili sentimenti spontanei a collaborare nel creare una connessione partecipata [...] verso qualcuno per il quale non siano sufficienti le nostre inclina-

zioni naturali" (*ibidem, passim*). Quando questa nostra partecipazione etica viene a mancare, ha luogo il fenomeno denunciato dalla Masson come *discontinuità delle cure* che costringe i pazienti a viaggiare nella rete dei servizi senza suscitare negli operatori l'interesse sufficiente a fondare un'alleanza terapeutica. Tale fenomeno è largamente presente anche da noi, vanificando il senso stesso degli interventi di tutela: infatti se alla misura di protezione del bambino non segue una presa in carico terapeutica seria e continuativa del genitore maltrattante, la situazione familiare è destinata a cronicizzarsi se non addirittura ad aggravarsi, condannando il minore a crescere stabilmente all'interno di situazioni pensate per essere temporanee, come la comunità di pronto accogliamento o in seguito l'affido familiare.

Ma per mettere in atto un intervento terapeutico efficace è necessaria la motivazione dell'operatore, che deve essere sufficientemente interressato a questa casistica e coscienzioso sul piano etico da trasformare l'incontro coatto, prescritto dal Tribunale, nella proposta di una presa in carico prolungata, in cui lo stesso terapeuta si coinvolga adeguatamente. Cito spesso un sociologo inglese, Nelken (1989), che ha criticato come fittizia (e quindi in buona sostanza non etica) la prassi dell'introduzione del contratto nei servizi sociali, contratto che mirava a ridurre il paternalismo del modello di intervento del *welfare state*, proponendo un rapporto più paritario e democratico tra operatore e utente. L'autore sottolinea come nel campo della tutela l'impegno tra le due parti contraenti è ingannevole: se è ben chiaro a cosa si debba impegnare l'utente (a cessare i comportamenti violenti, a trovarsi un lavoro, a smettere di bere, a procurarsi un alloggio, e così via), e a quali sanzioni incorrerà se non rispetterà l'impegno (la perdita della potestà, e quindi del figlio), non è altrettanto esplicito a cosa si vincoli l'operatore. Se questi si limita solamente ad osservare senza far nulla gli eventuali progressi del suo cliente, assai improbabili senza alcun aiuto, che rischi corre? Una diminuzione dello stipendio? La perdita del posto di lavoro? Solo un fattivo coinvolgimento dell'operatore può rendere etico il contratto tra le parti.

Nel nostro scenario italiano spesso questo svuotamento di senso del contesto, che da clinico si trasforma in burocratico, si produce sottilmente attraverso la replica all'infinito degli interventi di valutazione, senza mai arrivare alla terapia. Mi sforzo vanamente da anni di proporre una distinzione tra la fase di valutazione delle *competenze genitoriali*

e quella della valutazione della *recuperabilità*: la prima consiste in una diagnosi fotografica, nella rilevazione di fatti che mira a descrivere il danno patito dal minore e la natura dei comportamenti inadeguati messi in atto dal genitore (Di Blasio, 2005). Deve essere svolta preliminarmente, nella fase dell'indagine psicosociale, perché il giudice possa mettere in atto, se del caso, gli opportuni interventi di protezione. La seconda, viceversa, ha luogo dopo la misura di pronto intervento e deve rispondere ad un obiettivo prognostico a medio termine: questi genitori possono cambiare in modo che il bambino ritorni con loro, o bisognerà pensare all'adozione? O meglio, per seguire l'indicazione di Nelsen, siamo capaci di aiutare questi genitori a cambiare? La prognosi, infatti, comprende noi stessi (Cirillo, Di Blasio, 1989).

Ovviamente non intendo porre una distinzione terminologica: nel decreto del giudice compariranno di solito altre dizioni (osservazione delle relazioni familiari, valutazione della personalità del minore e dei genitori, e così via). Poco importa: l'importante, però è che sia chiaro a noi operatori che mentre ad un mandato di indagine dobbiamo rispondere producendo fatti osservabili, che consentano al Tribunale di decidere se sono necessari o meno degli interventi protettivi, e quali, ad un incarico successivo, comunque lo si chiami, non si può rispondere riferendo quei medesimi fatti (i genitori sono incompetenti, il marito è violento con la moglie, il padre beve, la madre si droga...) che hanno per l'appunto condotto alla misura di protezione, ma vanno ora formulati progetti fondati sulla *risposta dei genitori al nostro affiancamento* a loro. In altri termini, il Tribunale si attende da noi le prospettive future sulla praticabilità o meno di una presa in carico terapeutica della famiglia, che permetta vuoi di prevedere, in un tempo dato, il rientro del bambino, vuoi viceversa di escluderlo. Si tratta quindi di assumere una responsabilità prognostica, attraverso la disponibilità ad un impegno clinico effettivo e prolungato: se infatti la prognosi va restituita in tempi brevi, perché il bambino (e quindi il giudice) non può attendere indefinitamente per sapere se un recupero della genitorialità è o no prevedibile, la terapia non può che avere tempi lunghi, come la Masson ci insegna.

A volte la riluttanza degli operatori a coinvolgersi in un'ottica di cura con soggetti difficili e ostili si nasconde dietro pretesi burocratici, in un palleggio di competenze: ecco una situazione illustrativa.

I servizi per le tossicodipendenze di una città del Nord Italia, preoccupati per il benessere dei figli dei loro utenti, promuovono sul loro territorio una sensibilizzazione al problema, coinvolgendo, a prezzo di molti sforzi, i colleghi degli altri servizi in un progetto di collaborazione in rete, come ora si usa dire. Oltre ai Sert, dunque, si attivano nel progetto l'ospedale, con i reparti di ostetricia e di pediatria, i servizi psichiatri, i nuclei di alcolologia, i consultori familiari, i servizi di neuropsichiatria infantile, i servizi sociali di base: la collaborazione parte con un iter formativo condiviso, seguito dalla sperimentazione del protocollo prodotto dal gruppo attraverso una fase di supervisione clinica e organizzativa. In uno degli incontri viene discusso il caso di una giovane donna tossicodipendente, già madre di una bambina di sette anni, classicamente affidata alla nonna materna (sui rischi dell'affido dei minori ai nonni rinvio al mio già menzionato lavoro del 2005), che ha da poco partorito un'altra figlia, nata in crisi d'astinenza da oppiacei. La tempestiva messa in atto del protocollo di collaborazione ha permesso di ottenere l'assenso della signora, al momento della dimissione dell'ospedale, all'ingresso con la piccola in una comunità per madri tossicodipendenti, che ha sede a circa 150 km. dal luogo di residenza, soluzione che con la prima figlia era fallita. Tutto bene, dunque: salvo che c'è un papà (che non è lo stesso della prima figlia). Si tratta di un giovane marocchino, che dall'indagine sociale risulta essere clandestino, spacciatore, già colpito da un provvedimento di espulsione dopo una carcerazione, il quale ha riconosciuto la bambina, vuole visitarla in comunità, e naturalmente, secondo le indicazioni del decreto, deve, come la madre, essere valutato rispetto all'adeguatezza genitoriale. E qui casca l'asino: chi deve svolgere questa valutazione? Noi no, dice il Sert, perché non è tossicodipendente. Noi nemmeno, ribatte il consultorio, perché al massimo potremmo fare una valutazione della coppia, ma la signora è in comunità. Neanche noi, si allinea la psichiatria, perché non risulta che l'uomo sia affetto da una patologia psichiatrica (giusto un pizzico di antisocialità...). Non parliamo della neuropsichiatria infantile, che lo vedrebbe si assieme alla bambina per osservare le competenze genitoriali, ma la bambina è lontana; né della comunità, che è incaricata di occuparsi della madre e non del padre. I servizi sociali fanno presente che loro lo vedranno sì, ma che nel loro organico non sono presenti figure psicologiche in grado di fare una valutazione: e così il giro si chiude. A distanza di un anno, la valutazione non è stata svolta.

Ora, non è che io mi facessi tante illusioni sulla possibilità di recuperare quest'uomo a un ruolo paterno adeguato, che preveda di offrire a sua figlia un alloggio, un mantenimento economico attraverso attività lecite, una presenza costante non minacciata da detenzioni e espulsioni. Non sono così ingenuo da non immaginare una componente di stru-

mentalità nel legame del padre tanto con la piccola che con la compagna, legame almeno in parte finalizzato alla regolarizzazione della sua permanenza nel nostro paese. Ma non abbiamo detto che è nostro dovere scommettere al contrario che è recuperabile? Non ha diritto anche lui che qualcuno di empatico lo contratti, cercando di sondare qualche ipotesi clinica connessa ad un funzionamento antisociale, come la percezione dell'ingiustizia subita nell'infanzia nella propria terra, l'aspirazione a un riscatto, l'impulso a ottenerlo rapidamente e con ogni mezzo? Forse il riconoscimento da parte dello psicologo della legittimità delle sue attese e la sottolineatura che gli strumenti illeciti attraverso i quali le persegue mettono a repentaglio il destino di sua figlia potrebbero ottenere, con il tempo e la pazienza, l'instaurarsi di un'alleanza terapeutica. Sappiamo quanto sia difficile, pressoché impossibile, una psicoterapia tradizionale di un paziente antisociale: la letteratura ci dice però che a volte essa diventa praticabile in un contesto coatto, come la carcerazione, che mette in scacco le strategie difensive del soggetto (Smith Benjamin, 1996). È il contesto di valutazione della recuperabilità genitoriale è per l'appunto un contesto coatto, in cui l'operatore mescola l'accoglimento empatico con l'utilizzo non solo del materiale che gli viene portato dal soggetto, chiaramente non motivato né richiedente, ma anche di quello trasmesso, in modo trasparente, dai colleghi che esercitano il controllo, in questo caso dai servizi sociali e dagli educatori che osservano le visite dell'uomo alla figlia (e alla compagna) in comunità.

Altre volte la mancanza di una disponibilità e di un impegno a legarsi a lungo termine non proviene dalle resistenze degli operatori, ma è insita nella costruzione stessa del contesto, che impone tempi brevi alla valutazione, con successiva interruzione del rapporto clinico (e umano) instauratosi, e passaggio ad altri colleghi. L'assurdità di tale prassi, spesso motivata dal pregiudizio che chi valuta non possa anche curare, impone a soggetti profondamente disturbati, con una motivazione alla cura che in partenza era nulla e che anche al termine di una valutazione positiva resta comunque assai fragile e precaria, di ricominciare da capo a costruire un legame di fiducia e di affidamento. Il contesto che esaspera tale assurdità è quello della consulenza tecnica d'ufficio, quando essa viene chiesta in situazioni di maltrattamento, di abuso sessuale o di grave trascuratezza, con il proposito di vedere se il genitore (o i genitori) possano essere suscettibili di modificarsi attraverso una presa in carico terapeutica.

Ho diffusamente raccontato (2005) un tragico caso in cui ho accettato tale incarico: sarà l'ultima volta. Capisco che la situazione era estremamente difficile e che il giudice possa aver pensato di affidarla a un professionista esperto anziché ai servizi territoriali, dove non sapeva chi avrebbe trovato. Io stesso l'ho accettata per la medesima ragione, chiedendo di poterla svolgere al CbM anziché nel mio studio, per poter disporre della collaborazione di colleghi esperti nel campo e pratici del difficile lavoro di rete.

Si trattava di un ragazzo di vent'anni, sospettato di aver fratturato il cranio al proprio bimbo di quindici giorni, nonché, due mesi dopo, alla dimissione dall'ospedale dove era stato ricoverato con la madre, di avergli rotto il femore. Il giovane, terrorizzato dalla prospettiva del carcere, sembra un agnello al macello: supplica di essere aiutato a dimostrare la propria innocenza. Un paziente lavoro con la coppia ottiene un lento crollo delle difese; accantonate le bugie (un incidente ad opera di una cuginetta, un attacco di sonnambulismo del padre...), si arriva a formulare un'ipotesi che ha dell'incredibile. Il ragazzo, ultimo di dieci figli di una famiglia disastrosa, con fratelli andati in adozione e in affido *sine die*, traumatizzato da un violento abuso sessuale ad opera di un prete nell'istituto in cui era ricoverato, ha su di sé aspettative riparative: lui si sarà un buon padre, a differenza degli sciagurati uomini che ha conosciuto in famiglia e in collegio, lui darà tutto al suo bambino. Ma questi inopinatamente non sembra accettare le sue cure: infatti "non lo riconosce", e non smette di piangere quando lui lo prende in braccio, così da farlo precipitare in un abisso di fallimento, perché gli pare che la sua missione esistenziale vada a pezzi: ecco perché lo ha scagliato per terra, mica perché non gli vuole bene! In una seduta successiva i suoi familiari, che avevano creduto senza esitazioni alla sua innocenza, restano attoniti di fronte alla rivelazione dell'abuso sessuale, mai fatta fino ad allora, e cominciano a concepire che se il ragazzo si è vergognato di raccontare quello che ha sofferto, a maggior ragione può essersi vergognato di confessare ciò che ha inflitto al suo bambino.

È qui disgraziatamente il nostro lavoro finisce: proprio quando in un certo senso avrebbe dovuto incominciare! La perizia, corredata da un'accurata psicodiagnosi testologica svolta da una collega, si conclude con una prognosi di trattabilità dei coniugi, con l'indicazione di mantenere però un elevato livello di protezione sul bambino, quale quello garantito dalla permanenza in comunità con la madre. Il ragazzo chiede di poter proseguire con noi la terapia (come tale infatti l'aveva vissuta, benché il contesto fosse stato a più riprese spiegato e compreso), ma tutto quello che possiamo fare è organizzargli il passaggio ad un collega del servizio psichiatrico territoriale, al quale purtroppo non si presenterà mai. La moglie (di cui qui non posso parlare, ma che aveva un

intenso investimento sul proprio ruolo di salvatrice del marito) lascia il bimbo in comunità e torna a casa da lui. Il bambino va in affido. L'anno dopo la coppia ha un'altra bimba, che muore a pochi mesi per un trauma cranico, malgrado un collocamento con la madre in una comunità diurna. Il padre, che anche questa volta si proclama innocente, è stato processato e condannato.

Non vorrei però sostenere la mia tesi solo con esempi negativi, che mostrano le conseguenze cui si va incontro se non si procede a un vero ingaggio terapeutico: voglio invece dire che un terapeuta che si coinvolge con questa casistica di "cattivi genitori" può trarne intense soddisfazioni umane e professionali. Si tratta di regola di persone plurassistite, ma mai trattate in un contesto clinico, vuoi perché non gli è stato proposto, vuoi perché lo hanno fuggito. Allorché, seppur raramente, riusciamo a legarle a noi in un'alleanza terapeutica, sviluppano un rapporto fortissimo, pari soltanto alla diffidenza e all'ostilità che manifestavano al primo contatto. Quando più sopra ipotizzavo che il giovane marocchino potesse rispondere ad un approccio insieme empatico e di contenimento, adeguato ad un paziente antisociale, pensavo ad un genitore che ho seguito al CbM di cui conservo un ricordo molto vivo.

Ho cominciato a vederlo dopo aver seguito la compagna, una mamma tossicodipendente, sieropositiva, con una storia disastrosa (abusata sessualmente da varie persone, e più dolorosamente dal padre e dal nonno), con un disturbo istrionico di personalità, ma intelligente, viva e legatissima ai suoi figli. Ci era stata mandata per un'insufficiente protezione alla figlia di otto anni, oggetto di molestie ripetute da parte di un vicino di casa. A quell'epoca il compagno era in carcere, per spaccio di cocaina, furto e ricettazione. La valutazione e il trattamento della signora si concludono, una volta tanto, in modo più che soddisfacente, grazie anche all'ottima collaborazione con la comunità in cui era stata, recalcitrante, inserita con i figli. Nel superare le sue molteplici dipendenze (oltre che eroinomane era cleptomane, e soprattutto compulsivamente alla ricerca di una conferma del proprio valore attraverso la seduzione di molteplici uomini, in una riedizione a ruoli rovesciati dell'abuso subito), la donna decide di separarsi dal compagno, padre dei suoi figli. Questi in carcere attraversa un'intensa disperazione. Poco dopo si ammala di un carcinoma allo stomaco, incompatibile con la detenzione, e ottiene gli arresti domiciliari a casa della madre. Il CbM chiede al giudice di inviarcelo, a completamento del lavoro svolto, per valutare la possibilità di una ripresa di contatti tra lui e i bambini. Quando arriva è una furia: con la compagna, con la vita, con noi. Ha la chemioterapia al polso, gli occhiali neri, una corazza difensiva di aggressività e di disprezzo che sembra impenetrabile. Eppure, grazie al

martellamento che gli abbiamo fatto perché, figlio di una famiglia di delinquenti, stava inconsapevolmente avviando i bambini a imboccare la stessa strada, lentamente si apre. Rielabora la sua storia infantile, di figlio primogenito di una madre conculcata da un marito mitizzato, che le impone (a sorpresa!) cinque figli di primo letto da crescere, mantenendo un regime di assoluta parzialità tra quelli e "gli altri", i cinque che farà con la seconda compagna. La sua bruciante bramosia di un risarcimento porta questo figlio a delinquere come i fratelli e come lo stesso padre, senza mai l'agognato riconoscimento di questi, né la gratitudine della madre la quale, pur essendo stata alla fine lasciata per una terza donna, continua a elemosinare briciole di attenzione dal marito. Il nostro paziente vede le istituzioni esclusivamente come fonti di nuove ingiustizie e sofferenze, e si rifiuta di sottostare alle regole. Mette a repentaglio il suo regime di arresti domiciliari trasgredendo gli orari in cui può uscire per le cure; vede i figli di strafoto, senza permesso, perché non vuole "umiliarsi" a richiedere gli incontri protetti ai servizi sociali. Quando sono però i bambini a chiederglielo in una seduta allargata, e non più io (ecco un esempio dell'effetto degli incontri congiunti genitori/figli), capitolò. Le visite in spazio neutro sono un'esperienza molto buona per i bambini e per lui. Purtroppo, com'era prevedibile, gli arresti domiciliari gli vengono revocati. La nostra terapia continua per lettera, dal carcere. I suoi scritti, stentati e sgrammaticati, sono molto belli: diventa consapevole che la sua dignità, ultima cosa che gli resta, spesso la intende solo come rifiuto a piegarsi all'autorità, danneggiando se stesso e i suoi figli. Quando esce, mi chiede di "accompagnarlo per mano". In questa parte della terapia spesso si commuove, pensando al proprio e all'altrui destino. Mi dice: "Non capisco, quando sono venuto da lei ero invincibile, forte, un carrarmato. Lei mi ha fatto molto peggiorare, ora sono debole come un bambino". In un certo senso è vero, ma non del tutto. Quando capisce che le metastasi l'hanno condannato, prende serenamente congedo dai figli, trovando le parole giuste per lasciar loro il suo ricordo. Muore, con ammirevole coraggio, a Ferragosto dell'anno scorso.

Io credo che ciascuno di noi abbia scelto il mestiere di psicoterapeuta per la qualità degli incontri umani che ci permette di fare: questo per me è stato uno dei più emozionanti.

RIASSUNTO

Prendendo spunto dall'articolo della Masson pubblicato in questo numero, l'autore esamina gli effetti perniciosi che hanno sugli interventi di tutela la mancanza delle tre virtù necessarie ad un terapeuta, secondo Doherty: la prudenza, il coraggio, la partecipazione.

Svariati esempi clinici mostrano analogie e differenze tra lo scenario descritto da Masson e quello che incontriamo nel nostro paese.

SUMMARY

Taking inspiration from Masson's article here published, the author analyzes the pernicious effects on child protection's interventions of the lack of the psychotherapist's three fundamental virtues described by Doherty: caring, courage and prudence.

Several clinical examples show analogies and differences between the scenario drawn up by Masson and what we find nowadays in our country.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cirillo S. (2005), *Catini genitori*, Raffaello Cortina, Milano.
- 2) Cirillo S., Di Blasio P. (1989), *La famiglia maltrattata*, Raffaello Cortina, Milano.
- 3) Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2002), *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Raffaello Cortina, Milano.
- 4) Doherty W.J. (1995), *Scrutare nell'anima* (trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1997).
- 5) Di Blasio P. (a cura di) (2005), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze genitoriali*, Edizioni Unicopli, Milano.
- 6) Fava Vizzello G., Colucci R., Disnan G. (1991), *Genitori psicotici*, Bollati Boringhieri, Torino.
- 7) Malacrea M., Lorenzini S. (2002), *Bambini abusati*, Raffaello Cortina, Milano.
- 8) Nelken D. (1989), *Social work and social control*, in Matthews R. (ed.), *Informal Justice?*, Sage Publications, London, pp. 108-122.
- 9) Smith B.L. (1996), *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità* (trad. it. Las, Roma, 1999).
- 10) Tomkiewicz S., "Child protection through therapy", Relazione magistrale al *Second European Conference on Child Abuse and Neglect*, Bruxelles 24-28 aprile 1989.

Incidenti e sventure degli interventi sociosanitari*

Odette Masson

Le violenze esercitate dai pazienti, verso se stessi o verso altre persone, hanno funzioni e significati diversi. Possono servire a sfogare il proprio sentimento di disperazione, o di vendetta; essere dei tentativi di ricevere attenzione o aiuto; esprimere l'esigenza di ottenere una riparazione rispetto alle aggressioni subite, spesso fin dall'infanzia. Ricorrono alla violenza i soggetti che hanno difficoltà a esprimersi verbalmente, o quelli che, pur avendo comunicato il loro disagio, non sono stati ascoltati né aiutati. Le risposte che gli operatori sociosanitari danno, individualmente, come équipe o a livello di rete, possono effettivamente attutire e calmare la violenza di questi pazienti, ma possono anche mantenerla o addirittura aggravarla.

Fin dagli anni '50 una buona parte della ricerca psichiatrica è stata dedicata allo studio dei fattori che operano all'interno dei sistemi di cura, che favoriscono l'evoluzione positiva dei pazienti o che al contrario portano a un ulteriore peggioramento. Questi lavori inizialmente si sono incentrati sulle terapie individuali e di gruppo (Lambert, Bergin, Collins, 1977; Ruffer, 1988), per occuparsi in seguito del funzionamento della rete dei servizi (Almqvist, 1988; Berger, 1992; Caplan, 1964; Duyme, 1987; Geng, 1980; Kempe, Kempe, 1977; Masson, 1991) e delle istituzioni educative (Tomkiewicz, 1984; Rice, Harris, Vamey, Quinsey, 1989).

Se pure queste aree di riflessione e di ricerca non sono oggi molto citate nei corsi di insegnamento, costituiscono una base essenziale per la formazione e per l'aggiornamento di tutti i professionisti che lavorano nel campo della sanità.

* Articolo pubblicato su *Thérapie Familiale*, 17, 1: 31-45, 1996.
Traduzione di Luisa Arrigoni.